

Степанюк А.Ф., Дашковская Е.Я.,
Борозна Л.А., Алейников П.Е.,
Басенко А.А..

ОСТРЫЙ ДЕСТРУКТИВНЫЙ АППЕНДИЦИТ У БЕРЕМЕННЫХ, ТАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

/ Могилев /

Лечение острого аппендицита у беременных является проблемой как хирургической, так и акушерской. Наиболее спорным до настоящего времени является вопрос о тактике при лечении осложненного аппендицита у беременных. Прерывание и гибель плода у беременных отмечают в 4-6% наблюдений.

Нами проанализировано 216 историй болезни беременных, находившихся на лечении в хирургическом отделении с острым аппендицитом с 1988 года по 1997 год. В 105 случаях при наблюдении диагноз острого аппендицита подтвержден и беременные оперированы. В первую половину беременности оперировано 89 женщин /84,7%/, во вторую половину — 6 (15,2%). Гистологическая структура отростка: катаральный — 57 /54,3%/, флегмонозный — 43 /41,0%/, гангренозный с периаппендикулярным абсцессом — 5 /4,7%/. Сроки поступления в стационар с момента заболевания: до 6 часов — 53 /24,6%/, 6-12 часов — 31 /14,4%/, 12-24 часа — 72 /33,3%/, свыше 24 часов — 60 /27,8%/. В первые 2 часа с момента поступления оперировано — 103 больных /98%/, свыше 2 часов — 2 больных /2%/. В 87,2% случаев операции произведены под местной анестезией. В 6,3% — местная анестезия + внутривенный наркоз, в 6,5% — эндотрахеальный наркоз.

Все беременные, поступившие с клиникой деструктивного аппендицита, оперированы в первые два часа независимо от функционального тонуса матки. Оперативное вмешательство сводилось к аппендэктомии с разреза по Волковичу-Дьяконову с последующим бережным осушиванием ложе отростка, окружающих тканей и обработка их антибиотиками. В случае гангренозного и перфоративного отростка к ложу его подводился тампон-сигара и тонкая полихлорвиниловая трубка для введения антибиотиков на 3-4 дня. Одновременно проводилась комплексная терапия, направленная на сохранение беременности.

Аппендикулярные инфильтраты у наших беременных наблюдались в 2,2% случаев, все в первой половине беременности. При их лечении придерживались консервативно-выжидательной тактики с активным комплексным воздействием на инфильтрат и матку. После рассасывания, это 3-4 недели, беременные оперированы не выписываясь из стационара под прикрытием больших доз антибиотиков. Беременности разрешились самостоятельно. При аппендикулярных абсцессах, или абсцедировании периаппендикулярного инфильтрата, их наблюдалось в 0,4% случаев, проводилось раннее оперативное вмешательство со вскрытием и дренированием абсцесса. Эти осложнения наблюдались у нас во второй половине беременности. Во всех случаях удалось произвести удаление червеобразного отростка. В 1 случае наблюдался выкидыш. Случаев разлитого перитонита после деструктивного аппендицита у нас не было.

Микрофлора содержимого из брюшной полости наблюдалась: стафилококк — 8,2%, кишечная палочка — 32,8%, протей — 0,8%, ассоциация микроорганизмов — 34,5%, флора не высеяна — 24%; чувствительность к антибиотикам: к пенициллину — 8,4% к тетрациклинам — 18,2%, аминогликозидам — 52,4%, к цефалоспорином — 21%. В комплексное лечение включалось: антибиотикотерапия в основном на I этапе пенициллин и полусинтетические пенициллины, во второй половине и при осложненных аппендицитах цефалоспорины, дезинтоксикационная терапия, при угрозе беременности спазмолитики, витамин Е, индивидуально прогестерон.

В 6,5% беременных имели место осложнения, в виде инфильтрат послеоперационного рубца и нагноение раны. В 12,5% имела угроза прерывания беременности" летальных исходов не отмечалось.

Таким образом, раннее обращение за медицинской помощью, беременных с клиникой острого аппендицита, своевременно проведенное оперативное лечение, позволяют получить положительные результаты, как для выздоровления, так и нормального разрешения беременности в будущем.